

Démarche : GDB - Déclaration de changement de régime
Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle entreprise

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux administrations, aux collectivités locales et à certains services publics de déclarer un changement de régime.

Pour l'instant, ce service est réservé uniquement aux assurés habitant dans la Manche.

Déclaration de changement de régime

à remplir par les administrations, les collectivités locales et certains services publics

Identification de l'assuré

Nom et prénom

Nom de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage (marital)

Date de naissance

Format jj/mm/aaaa

N° de Sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

Adresse

Personnelle et complète

GDB - Déclaration de changement de régime

Dans quel département habite l'assuré ?

Nom de la caisse d'affiliation

Date d'arrivée dans le département de la Manche

Format jj/mm/aaaa

S'il s'agit d'un agent retraité, précisez également s'il bénéficie d'une ou de plusieurs autres pensions ou retraites

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Si oui, indiquez lesquelles

Nouvelle situation en regard de la Sécurité sociale

L'agent désigné ci-dessus bénéficie :

du décret du 11/01/1960 (JO du 19/01/1960). Agent permanent (titulaire) des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Précisez :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

affilié à la CNRACL

non affilié à la CNRACL

du décret du 13/07/1977. Stagiaires des collectivités locales.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

à compter du

Format jj/mm/aaaa

Identification de l'employeur

Dénomination

Adresse

GDB - Déclaration de changement de régime

Identification de l'administration, de la collectivité locale ou du service public

Qualité de son représentant

Nom et prénom du représentant

Fait à

Le

Format jj/mm/aaaa

Pièces justificatives à joindre obligatoirement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Copie du dernier bulletin de salaire

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Les informations collectées peuvent être informatisées et sont réservées à l'usage interne. Elles peuvent être communiquées à certains destinataires. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne peut accéder, rectifier ou supprimer les informations la concernant. Les demandes doivent être libellées "Demande d'information CNIL" et adressées par courrier à Monsieur le Directeur de votre CPAM, en joignant la copie d'une pièce d'identité.